

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA-CORRENTE

Pelo presente termo, eu, _____ ,

portador(a) do Registro de Identidade _____ , CIC/CPF Nº _____ ,

autorizo o UNESP Odonto a debitar via débito automático no Banco _____ ,

Agência Nº _____ , Conta Corrente _____ ,

valores referentes ao PLANO ODONTOLÓGICO, conforme Termo de Adesão.

data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Titular